

Hanseníase: correlação entre o número de lesões hansênicas, nervos afetados e o diagnóstico precoce no estado de Minas Gerais

Leprosy: correlation between the number of hansenic injuries, affected nerves and the early diagnosis in the state of Minas Gerais

Hanseniasis: correlación entre el número de lesiones hansenicas, nervios afectados y el diagnóstico precoce em el estado de Minas Gerais

Amanda Ferraz Pêgo^{1*}, Dayna Eleutério¹, João Paulo Martins Procópio¹, Victor Augusto Santos Condé¹, Eduardo Gonçalves¹.

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos casos de Hanseníase visando correlacionar o número de lesões hansênicas, os nervos afetados e o diagnóstico precoce da doença. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo. Consultaram-se informações disponíveis sobre Hanseníase no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), relativas ao período entre 2014 e 2018. As variáveis do estudo foram divididas em número de notificações da doença, relacionadas ao: sexo, faixa etária, forma de detecção, grau de sequelas, apresentação clínica, número de nervos afetados, número de lesões cutâneas e incapacidade de cura. **Resultados:** Apesar da queda no número absoluto dos diagnósticos da Hanseníase no Brasil, houve um aumento no estado de Minas Gerais, além do crescimento do número de lesões cutâneas, do acometimento de nervos periféricos, com predomínio para a forma clínica mais suscetível às reações hansênicas, a hanseníase Dimorfa. **Conclusão:** A prevalência da Hanseníase é elevada e o diagnóstico precoce e instituição rápida do tratamento são primordiais para reduzir a taxa de mortalidade e as complicações acarretadas pela doença.

Palavras-chave: Hanseníase, Pesquisa sobre serviço de saúde, Terapia combinada.

ABSTRACT

Objective: To outline the epidemiological profile of leprosy cases in order to correlate the number of leprosy lesions, the affected nerves and the early diagnosis of this disease. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and quantitative study. Available information on Leprosy was consulted in the Notification Disease Information System (SINAN) for the period from 2014 to 2018. The study variables were divided into number of notifications of the disease, related to: gender, age group, detection, degree of sequelae, clinical presentation, number of affected nerves, number of skin lesions and inability to cure. **Results:** Despite the decrease in the absolute number of leprosy diagnoses in Brazil, there was an increase in the state of Minas Gerais, in addition to the increase in the number of cutaneous lesions, the involvement of peripheral nerves, with a predominance of the clinical form most susceptible to leprosy reactions, the Dimorfa leprosy. **Conclusion:** The prevalence of leprosy is high and early diagnosis and prompt implementation of treatment are paramount to reduce the mortality rate and complications caused by the disease.

Keywords: Leprosy, Health service research, Combination therapy.

¹ Centro Universitário Faculdades Integradas Pitágoras (UNIFIPMoc), Montes Claros - MG.

*E-mail: aferrazpego@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Resumir el perfil epidemiológico de los casos de lepra para correlacionar el número de lesiones de lepra, los nervios afectados y el diagnóstico precoz de la enfermedad. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo. La información disponible sobre la lepra se consultó en el Sistema de información de la enfermedad de notificación (SINAN) para el período de 2014 a 2018. Las variables del estudio se dividieron en varias notificaciones de la enfermedad, relacionadas con: género, grupo de edad, detección, grado de secuelas, presentación clínica, número de nervios afectados, número de lesiones cutáneas e incapacidad para curar. **Resultados:** A pesar de la disminución en el número absoluto de diagnósticos de lepra en Brasil, hubo un aumento en el estado de Minas Gerais, además del aumento en el número de lesiones cutáneas, la implicación de los nervios periféricos, con un predominio de la forma clínica más susceptible a las reacciones a la lepra, la lepra Dimorfa. **Conclusión:** La prevalencia de lepra es alta y el diagnóstico temprano y la pronta implementación del tratamiento son primordiales para reducir la tasa de mortalidad y las complicaciones causadas por la enfermedad.

Palabras clave: Lepra, Investigación en servicios de salud, Terapia combinada.

INTRODUÇÃO

A hanseníase representa um grande problema de saúde pública no Brasil devido às dificuldades ainda existentes para se realizar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes afetados, de uma maneira evitando danos irreversíveis causados pela sua patologia. Além disso, é relativamente grande o desconhecimento da população acerca da doença. Dessa forma, o combate à essa endemia se torna um trabalho difícil em algumas regiões do país, seja por poucos recursos econômicos ou pela complexidade da doença (ARAÚJO AERA, et al., 2014; MOREIRA AJ, et al., 2014).

O Brasil, atualmente, se encontra como um dos três países no mundo em que a taxa de detecção supera 10.000 novos casos por habitantes por ano. Em 2016, houve forte aumento do número, na qual foram detectados 25.218 casos novos, dessa forma a taxa de detecção foi de 12,2/100 mil habitantes, se classificando como hiperendêmico (ALBUQUERQUE AMC, et al., 2018).

Estudos analisados demonstram que a maior proporção de pacientes acometidos foram do sexo masculino (54,5%), entre as faixas etárias de 11 e 89 anos. A maior apresentação da doença foi a forma clínica multibacilar, que compreende as formas Dimorfa e *Virchowiana*, em que, ao diagnóstico, 29,8% apresentaram a baciloscopia positiva (DE MENEZES VM, et al., 2019).

A hanseníase caracteriza-se como uma doença infectocontagiosa, que ocorre de forma crônica, causando lesões em nervos próximos ao local da infecção e migrando para novos locais, caso não haja tratamento adequado. É causada pelo *Mycobacterium leprae* que, após sua instalação, inicia sua multiplicação, provocando lesões dermatológicas na pele, olhos, mãos e pés, além do comprometimento dos nervos periféricos (DE SOUZA AA, et al., 2013).

Entre seus principais sinais e sintomas apresentados, são encontradas manchas espalhadas pelo corpo, de colorações esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas, que podem ser lisas ou elevadas. Também pode se manifestar como áreas sem alterações dermatológicas na pele, mas com parestesia e perda da sensibilidade principalmente da dor, do frio e do calor. Essa perda de sensibilidade crônica é o que predispõe o paciente acometido a ter graves ferimentos pelo corpo, causando o comprometimento definitivo da funcionalidade do local acometido (LOPES VAS e RANGEL EM, 2014).

Durante a avaliação do paciente, deve-se analisar as funções neurológicas para definição de medidas preventivas de maiores incapacitações e estabelecer a reabilitação adequada para recuperação do que foi afetado. Para o tratamento também deve ser feita avaliação psicológica do paciente pelos estigmas criados ao longo dos anos pela doença e pelo seu isolamento necessário durante o período de contágio (BUNA ATM, et al., 2015).

Para que o tratamento possa ocorrer da forma correta, deve-se respeitar o tempo da poliquimioterapia, que pode variar em um período de seis a doze meses, de acordo com a forma da doença que acomete o paciente. Porém, uma das maiores dificuldades são ocorrências de estados reacionais que cursam com inflamação aguda pelo sistema imune, causando afastamento do tratamento, o retorno das lesões e a continuidade da cadeia de transmissão da doença (DE SOUSA AA, et al., 2013).

Dessa forma, o objetivo deste artigo é traçar o perfil epidemiológico dos casos de Hanseníase, visando correlacionar o número de lesões hansênicas, os nervos afetados e a importância do diagnóstico precoce no estado de Minas Gerais.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no estado brasileiro de Minas Gerais, que possui uma extensão territorial de 586.521,235 km², dividida em 853 municípios e uma população estimada, no ano de 2016, de 20.997.560 habitantes (IBGE, 2016).

Visando realizar uma abordagem do perfil epidemiológico dos casos de hanseníase, ao correlacionar o número de lesões hansênicas, os nervos afetados e o diagnóstico precoce de tal patologia, optou-se por um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa.

A técnica de coleta de dados utilizada foi consulta documental na base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que contém sistemas de informações em saúde disponíveis pela Internet no website <http://www.datasus.gov.br>. Os dados sobre notificação de hanseníase em Minas Gerais, foram originários do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

A coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro a agosto de 2019 por meio da utilização do programa de Informações de saúde (TABNET). A população do estudo foi constituída por todos os casos de hanseníase em Minas Gerais, no período de 2014 a 2018.

As variáveis do estudo foram divididas em número de notificações da doença, relacionadas ao: sexo, faixa etária, forma de detecção, grau de sequelas, apresentação clínica, número de nervos afetados, número de lesões cutâneas e incapacidade de cura.

Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais, sendo que estes foram reorganizados em gráficos e tabelas. Utilizou-se o software *Excel*[®] (Office 2016) e o programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS) para *Windows*[®], versão 15.0 e *Origin*[®] 7.1, para gerenciamento e análise de dados.

A pesquisa em questão, por coletar dados de domínio público, não necessitou da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por não identificar os participantes da pesquisa e não necessitar de testes aplicados em seres humanos, assegurando a bioética da consulta de dados, conforme a resolução 466/2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

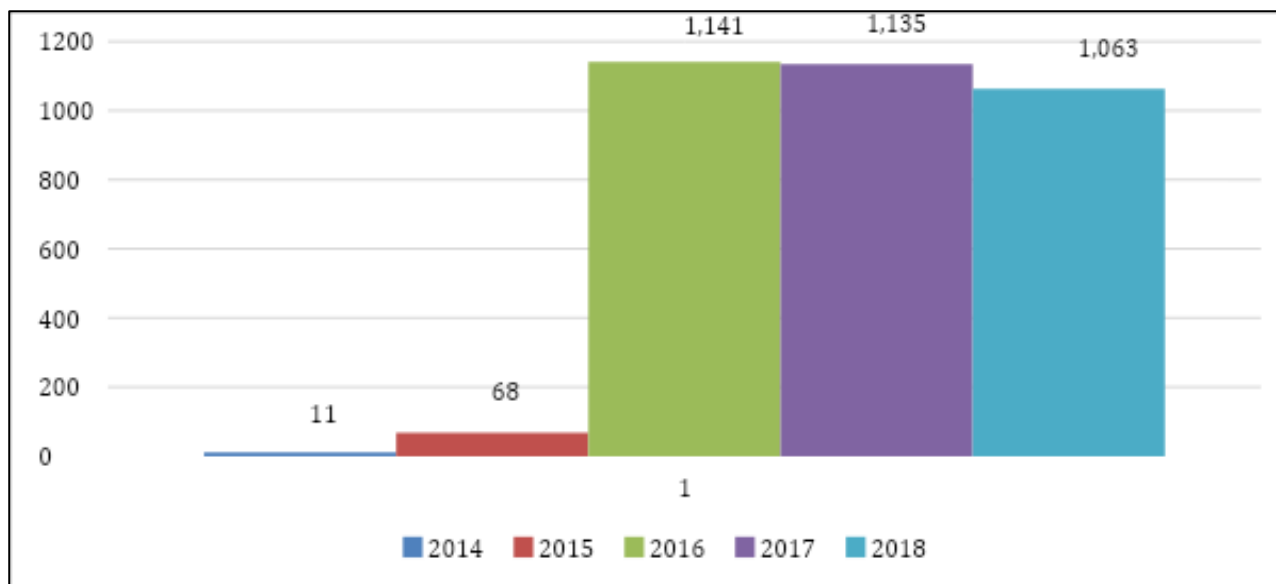
RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estado de Minas Gerais foram notificados 3418 casos entre os anos de 2014 e 2018, ocorrendo uma grande variação de 11 a 1063 notificações, com média de 683,6, que corresponde a 19,01% no Brasil. Houve um crescimento importante entre os anos de 2014 e 2016, e, após, permaneceu praticamente estável, com leve diminuição em 2017 e 2018. Esse grande aumento entre os anos de 2014 e 2018 deve-se, certamente, ao melhor acesso a informações sobre doença, a ações de serviços de saúde e a melhora das notificações da doença pelos municípios, como consta no **Gráfico 1**.

Estudos recentes demonstram grande disparidade entre regiões do país em relação a eliminação da doença, o que contribui para a manutenção da doença circulante. Entre os principais contribuintes para essas diferenças regionais, é ressaltado a desigualdade socioeconômica que, direta e indiretamente, promove a irregularidade nos indicadores de saúde e em agravos que a doença pode promover em pessoas acometidas.

Em outro estudo avaliado, e exposto que a doença tem maior presença em famílias com renda mensal que varia entre um e três salários mínimos, reforçando as informações do primeiro estudo (RIBEIRO MDA, et al., 2018; CARNEIRO DF, et al., 2017).

Gráfico 1 - Número de casos de Hanseníase diagnosticados e notificados no estado de Minas Gerais, 2014 a 2018.



Fonte: Pêgo AF, et al., 2019. Baseado em Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET, 2019.

A hanseníase é doença inflamatória crônica provocada pelo *Mycobacterium leprae*, apresentando-se com uma alta infectividade e baixa patogenicidade. Em 2017, foram detectados 26.875 novos casos no Brasil, observando, assim, uma diminuição perante os números dos últimos 10 anos.

Porém, hanseníase ainda se configura como uma grande preocupação da saúde pública, tendo em vista que a segunda posição em relação ao número de casos é ocupada pelo Brasil e ele é o único país que ainda não atingiu a meta de eliminação da doença estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a década de 90, definida como 1 caso por 10.000 habitantes (LASTORIA JC e ABREU MAMM, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Apesar da taxa de detecção da hanseníase apresentar-se em declínio nos últimos anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto mais de 100 países contabilizaram uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes, em 2016, o Brasil apresentou 12,2 casos por 100 mil habitantes, evidenciando a falha no controle da doença a nível nacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Observando os resultados das análises feitas pelo estudo de um grupo educativo, é demonstrado a falta de conhecimento em relação a doença em destaque, sendo 65,2% o número de pessoas que nunca tiveram conhecimento de ações educativas sobre a doença, e 21,7% aqueles que não tiveram acesso a informações sobre o autocuidado após diagnóstico.

Esse dado evidencia a contribuição para continuidade da cadeia de transmissão entre indivíduos mal informados sobre a patologia em questão. Aos participantes que obtiveram orientações de autocuidado 77,8% receberam informações para cuidado com olhos, alterações de pele seca em membros superiores e inferiores (LAURINDO CR, et al., 2018).

Em relação às variáveis sociodemográficas, foi possível observar a maior prevalência da hanseníase no sexo masculino (57,06%) do que no sexo feminino (42,94%). Já o que se consta em relação à faixa etária, a hanseníase é mais predominante em pacientes entre os cinquenta a sessenta e quatro anos, independentemente do sexo, como aparece na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Apresentação clínica dos pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde notificadas pelo SINAN, n=3818.

Características	Homens		Mulheres	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Idade (anos)	2176		1637	
≤ 14	83	3,8%	71	4,3%
15 - 34	376	17,3%	302	18,4%
35 - 49	586	26,9%	452	27,6%
50 - 64	689	31,7%	514	31,4%
>65	442	20,3%	298	18,2%
Detecção				
Encaminhamento	933	42,9%	689	42,1%
Demanda Espontânea	688	31,6%	460	28,1%
Exame Coletividade	45	2,1%	44	2,7%
Exame Contatos	126	5,8%	202	12,3%
Outros Modos	57	2,6%	39	2,4%
Ignorado	327	15,0%	203	12,4%
Sequelas				
Grau 0	643	29,5%	639	39,0%
Grau 1	238	10,9%	160	9,8%
Grau 2	123	5,7%	51	3,1%
Não Avaliado	85	3,9%	49	3,0%
Branco	1087	50,0%	738	45,1%
Apresentação Clínica				
Indeterminada	178	8,2%	227	13,9%
Tuberculoide	236	10,8%	316	19,3%
Dimorfa	942	43,3%	758	46,3%
Virchowiana	597	27,4%	210	12,8%
Não Classificada	126	5,8%	78	4,8%
Ignorado	97	4,5%	48	2,9%

Fonte: Pêgo AF, et al., 2019. Baseado em Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET, 2019.

A literatura apresenta dados correlativos em relação à prevalência da hanseníase segundo o sexo, visto que o homem frequentemente tem maior exposição às situações de perigo e negligência certos cuidados médicos e estéticos, além da menor preocupação com alterações físicas provenientes da doença que inicialmente não provocam alterações sociais de grande importância, influenciando diretamente nessa relação. Além disso, a menor preocupação com a autoimagem os coloca à frente do sexo feminino (SILVA AR, et al., 2010; MIRANZZI SSC, et al., 2010; GOIABEIRA YNLA, et al., 2018).

De acordo com o modo de detecção, é notável que através do encaminhamento há um maior número de casos notificados em ambos os sexos (42,5%), sendo levemente maior no masculino (42,9%) em comparação ao feminino (42,1%) como visto na **Tabela 1**, o que diferencia de outros estudos realizados em capital hiperendêmica, com leve predomínio de demanda espontânea para diagnóstico, onde a própria população procura os serviços de saúde (GOIABEIRA YNLA, et al., 2018).

É observado que ocorre menor detecção da doença em pacientes menores de 15 anos, esperando-se taxa abaixo de 0,50 casos por 100 mil habitantes. Como são apresentados em outras pesquisas, essa faixa etária representa um grande indicativo de endemia, o que gera grande preocupação pelas sequelas incapacitantes que podem ser deixadas devido ocorra tratamento inadequado, por pouco acesso da população acometida ou pela dificuldade social dos pacientes, além do estigma que a doença carrega (SCHNEIDER PB e FREITAS BHBMD, 2018).

Segundo os dados pesquisados no SINAN, em relação às sequelas deixadas pela doença, foram registrados 1.282 casos classificados como Grau 0, 398 casos classificados como Grau 1 e 174 casos classificados como Grau 2. Além disso, 134 casos não foram avaliados e 1.825 casos foram deixados em branco na Ficha de Notificação, esse último dificultando, de forma significativa, a análise correta dos dados de sequelas que a doença pode provocar (**Tabela 1**).

Durante a descoberta da doença é perceptível sentimento de tristeza, revolta e principalmente a não aceitação da doença, o que promove até mesmo má adesão ao tratamento e uma piora gradual. Outro problema que deve ser avaliado após o diagnóstico dessa patologia, é a relação familiar do paciente, onde muitas vezes pode ocorrer abandonos e discriminação devido a carga que a doença possuía anteriormente, assim pode prejudicar ainda mais a percepção dessa enfermidade, promovendo também má adesão ao devido tratamento (CARNEIRO DF, et al., 2017).

Em comparação à análise das incapacidades físicas em estudo realizado em uma cidade do Norte de Minas Gerais, observou-se que há uma prevalência de sequelas Grau 0 (504 casos) no momento do diagnóstico, convergindo com os dados apresentados nesta literatura. Os formulários para Registro de Incapacidade Física caracterizam Grau 0 como paciente sem sinais e/ou sem sintomas decorrentes de hanseníase, sendo o melhor prognóstico após tratamento.

Já o Grau I apresenta anestésias, Grau II por úlceras, garra móvel, reabsorção discreta, pé caído, lagofthalmia e opacidade de córnea e, por último, o Grau III com mão caída, articulações anquilosadas, contraturas, reabsorção intensa, e acuidade visual menor que 0,1 na escala opométrica, sendo o pior prognóstico para um paciente (JÚNIOR AF, et al., 2012; DE FARIA CRS, et al., 2015).

Diante de todas as variadas manifestações clínicas possíveis, destacando principalmente as lesões dermatológicas e neurais, que ocorre pela maior afinidade por nervos periféricos e células cutâneas, ainda deve-se classificar clinicamente o paciente em hanseníase de forma indeterminada (PB), tuberculoide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB).

Em relação às essas apresentações clínicas, a forma dimorfa exibe a maior prevalência, tendo como valor absoluto 1.700 casos, comparada com a forma virchowiana com 807 casos (**Tabela 1**), corroborando dessa forma com estudo em Diamantina – MG, em que os dimorfos totalizam 73,1% da população acometida, seguida dos virchowianos, com 21,2% (RIBEIRO GDC e LANA FCF, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os doentes podem ser classificados em paucibacilares (PB), caracterizando-se com a presença de até 5 lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo – quando esse estiver disponível -, ou em multibacilares (MB), quando apresentam mais

de 5 lesões de pele ou baciloscopia positiva (BRASIL, 2017). Ou seja, quando o exame baciloscópico está disponível, pacientes com resultado positivo são nomeados MB independentemente do número de lesões (LASTORIA JC e ABREU MAMM, 2012).

Além disso, apesar dos dados mostrarem que há uma maior prevalência de um menor número de nervos acometidos (valor menor e igual a 5) e de formas paucibacilares, os valores de ambos os índices aumentaram significativamente em um período de três anos, apesar de que houve diminuição leve no ano de 2018. Os números de multibacilares e de mais de cinco nervos afetados também cresceu, mas diminuiu vagamente em 2018, o que cabe uma atenção maior, uma vez que essas formas podem progredir e trazer prejuízos cada vez mais graves e permanentes ao paciente, como os demonstrados pela **Tabela 2**.

Tabela 2 - Número de nervos afetados e lesões cutâneas notificados no estado de Minas Gerais entre os anos de 2014 e 2017.

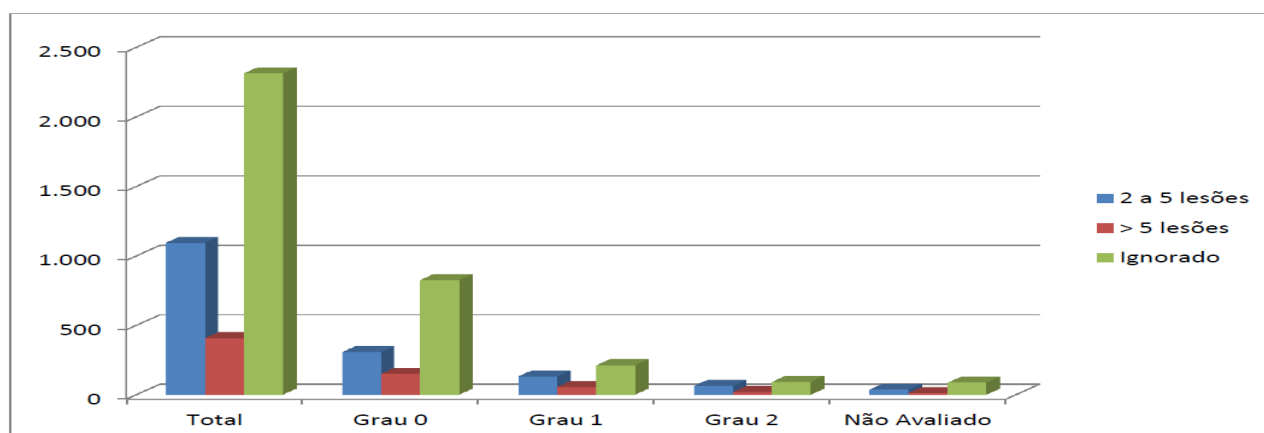
Anos		2014	2015	2016	2017	2018
Número de nervos afetados	< 5 Nervos afetados	5	25	344	338	317
	> 5 Nervos afetados	-	2	37	47	37
Número de lesões cutâneas	2 a 5 lesões cutâneas	6	19	342	319	300
	> 5 lesões cutâneas	1	5	133	122	113

Fonte: Pêgo AF, et al., 2019. Baseado em Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET, 2019.

Essa informação também foi observada pela análise dos troncos nervosos, por estudo realizado em Centro Nacional de Referência para tratamento de hanseníase em uma cidade mineira. A redução do acometimento nervoso teve a média de 2,5 nervos acometidos ao diagnóstico e 2,2 na alta (DE SANTANA EMF, et al., 2018).

O diagnóstico da hanseníase baseia-se na epidemiologia, na história das lesões, na baciloscopia (se disponível) e no exame físico. Esse último se dá por áreas de pele que possuem alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil, espessamento de nervos periféricos, sendo os mais acometidos os radiais e os ulnares, e alterações autonômicas em relação à reflexia, à histamina e/ou à sudorese (LASTORIA JC e ABREU MAMM, 2012; BRASIL, 2018).

Em relação à incapacidade de cura segundo número de lesões cutâneas, é perceptível a grande quantidade de sequelas que são apresentadas pela população hanseníase. Além disso, devido à maior prevalência de pessoas com 2 a 5 lesões, como citado anteriormente, pode-se obter uma relação desse dado com a maior predominância de sequelas nesses pacientes. No entanto, é observado que a maioria da população hanseníase avaliada teve o grau de suas sequelas ignorado, assim dificultando a compreensão das características clínicas das pessoas acometidas e impossibilitando a criação de estratégias definitivas e altamente efetivas para cura assim expostos no **Gráfico 2**.

Gráfico 2 - Notificação de incapacidade de cura segundo número de lesões cutâneas por município de Minas Gerais.

Fonte: Pêgo AF, et al., 2019. Baseado em Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET, 2019.

Corroborando com as informações apresentadas, a literatura aponta provável presença de falhas nas notificações, diretamente associado ao empenho dos municípios para prover esses dados, o que dificulta o rastreamento e o direcionamento da assistência devida para a doença (RIBEIRO MDA, et al., 2018).

Associado às incapacidades provocadas pela própria doença, há ainda as reações hansênicas, que ocorrem durante ou após o tratamento da doença, sendo divididas em tipo I e tipo II. A reação tipo I também é chamada de reação reversa se caracterizando por uma neurite, já a reação tipo II pode ser citada como eritema nodoso, uma forma que provoca os sintomas mais graves e possui maior taxa de recorrência, se apresentando com nódulos pelo corpo que causam diversas deformidades. Estudos mostram a presença da reação reversa em cerca de 10 a 33% da população acometida pelas formas Paucibacilar ou Multibacilar (DOS SANTOS LMP, et al., 2019).

As incapacidades físicas na hanseníase ocorrem nas mãos e/ou nos pés e/ou nos olhos e são indicativos de um diagnóstico tardio, manifestando-se de várias maneiras, seja por perda da sensibilidade protetora, diminuição da força muscular e/ou surgimento de deformidades visíveis, tendo maior prevalência na forma dimorfa. Essas deficiências são as principais causas do isolamento de pessoas na sociedade, uma vez que afeta o indivíduo como um todo, comprometendo desde seus mecanismos de defesa, tornando-os mais susceptíveis à inúmeras situações, até âmbitos emocionais e socioeconômicos. Logo, o reconhecimento precoce da doença, a detecção de contatos e o tratamento apropriado são elementos essenciais para interromper a transmissão e prevenir essas incapacidades (LASTORIA JC e ABREU MAMM, 2012; ROMÃO ER e MAZZONI AM, 2013; BRASIL, 2018).

Para que ocorra a devida recuperação do paciente acometido pela hanseníase, faz-se necessário uma equipe multiprofissional, preparada para o devido reconhecimento e manejo. Em destaque os enfermeiros e fisioterapeutas que devem, junto do médico prevenir os agravos de pacientes que apresentam formas mais evoluídas da doença, sendo aqueles com diagnóstico tardio, e promovendo a reabilitação de pacientes com lesões que incapacitam o movimento.

A devida avaliação do corpo desse paciente deve ocorrer de forma sistêmica, para que não sejam deixadas de lado lesões imperceptíveis pelo paciente, e quando necessário a realização do encaminhamento para o médico especialista, caso os agravos não possam ser conduzidos pelo serviço de saúde em que o paciente se encontra, promovendo dessa maneira o devido cuidado com a pessoa afetada pela doença (DE SANTANA EMF, et al., 2018).

CONCLUSÃO

O estudo epidemiológico, realizado no estado de Minas Gerais, foi concordante a um padrão visto na literatura quanto à relação entre o diagnóstico precoce, condução do tratamento e o controle das

incapacitações. Os principais dados analisados foram a identificação de novos casos em Minas Gerais, sendo que houve um aumento entre os anos de 2015 e 2016 e uma diminuição irrisória entre 2017 e 2018, além de a maioria dos doentes serem classificados como Dimorfos, sendo mais susceptíveis às reações hansênicas e consequentes complicações. No que tange a faixa etária, a idade mais acometida, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, é entre 50 e 64 anos. Ademais, em relação ao número de lesões cutâneas, houve um predomínio de indivíduos Paucibacilares (possuem de 2 a 5 lesões) e, houve também um aumento considerável no número de nervos periféricos acometidos. A bibliografia mais recente utilizada mostra a importância da análise correta dos subtipos da Hanseníase para a instituição da terapêutica adequada associada aos níveis de complexidade de cada subtipo. Este estudo evidencia que a prevalência da Hanseníase ainda é elevada no estado de Minas Gerais e o fator primordial em sua condução é o diagnóstico precoce que deve ser seguido pela instauração rápida do tratamento adequado, para, assim, reduzir a taxa de complicações futuras acarretados pela doença.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE AMC, et al. Análise epidemiológica da hanseníase no município de Reritiba-Ceará, 2001-2016. *Revista da universidade Vale do Rio Verde*, 2018, 16(2).
2. ARAÚJO AERA, et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. *Rev Bras Epidemiol*, 2014; 17(4), 899-910.
3. BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico: Hanseníase. Secretaria de Vigilância em saúde, 2018; 49(4).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012
6. BUNA ATM, et al. Incapacidades físicas nos pacientes com hanseníase cadastrados em uma unidade de saúde de São Luís-MA. *Revista Interdisciplinar*, 2015; 8(1): 115-122.
7. CARNEIRO DF, et al. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2017, 31(2).
8. DE FARIA CRS, et al. Grau de incapacidade física de portadores de hanseníase: estudo de coorte retrospectivo. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2015, 22(4), 58-62.
9. DE MENEZES VM, et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com hanseníase atendidos em hospital universitário no Rio de Janeiro entre 2008 e 2017. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 2019, 52(1), 7-15.
10. DE SANTANA EMF, et al. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2018, 20.
11. DE SOUSA AA, et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 2013; 12(1).
12. DOS SANTOS LMP, et al. Reações tipo I e tipo II na hanseníase: integrando publicações científicas. *Saúde e Desenvolvimento*, 2019, 12(7).
13. GLOBAL LEPROSY SITUATION, 2012. *Wkly Epidemiol Rec*, 2012; 87-317.
14. GOIABEIRA YNLA, et al. Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica. *Revista enfermagem UFPE on-line*, 2018, 1507-1513.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2019 outubro 21].
16. JÚNIOR AF, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Clin Med São Paulo*, v. 4, p. 272-7, 2012.
17. LASTORIA JC e ABREU MAMM. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Hospital Estadual Paulista*, 2012; 17(4),173-179.
18. LAURINDO CR, et al. Acesso à orientação quanto ao autocuidado por pessoas diagnosticadas com hanseníase em um município da Zona da Mata Mineira. *HU Revista*, 2018, 44(3), 295-301.
19. LOPES VAS e RANGEL EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde em Debate*, 2014; 38: 817-829.
20. MIRANZI SSC, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010; 43(1): 62-7.
21. MOREIRA AJ, et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. *Saúde em debate*, 2014; 38: 234-243.
22. RIBEIRO MDA, et al. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2018, 42, e42.
23. RIBEIRO GDC e LANA FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogitare Enferm*, 2015 Jul/set; 20(3): 496-503.
24. ROMÃO ER e MAZZONI AM. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2013; 3(1): 22-27.
25. SCHNEIDER PB e FREITAS BHBMD. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018, 34, e00101817.
26. SILVA AR, et al. Hanseníase no município de Buriticupu, estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010;43(6):691-4.